

Ruptura uterina. Análisis de 24 casos

por

Dr. Romano Delcore*

La ruptura del útero ha constituido siempre una seria complicación del parto, tanto por la elevadísima mortalidad fetal como por las secuelas mutilantes que casi invariablemente acarrea para la madre, si no es que ésta también sucumbe.

Es por esto que hemos creído conveniente estudiar las rupturas uterinas vistas en el Servicio de Maternidad del Hospital San Juan de Dios para así tener una idea clara de este problema obstétrico en nuestro medio.

INCIDENCIA

CUADRO N° 1

Incidencia y Proporción

Año	Número de partos	Número de rupturas	Por ciento	Proporción
1954	5.138	6	0.116	1: 856
1955	5.505	2	0.036	1:2752
1956	6.810	3	0.044	1:2270
1957	7.393	1	0.013	1:7393
1958	7.623	7	0.091	1:1089
1959	7.254	5	0.068	1:1450
TOTALES	39.723	24	0.060	1:1655

* Servicio de Obstetricia, Hospital San Juan de Dios.

Estudiamos las rupturas uterinas ocurridas en los seis años comprendidos entre 1954 y 1959 encontrando un total de 24. En el mismo lapso de tiempo hubo 39.723 partos, lo que nos da una incidencia de 0.060 por ciento y una proporción de una ruptura en cada 1.655 partos.

La proporción, según diferentes autores, varía de 1:95 (7) a 1:6.000 (4). En el cuadro N° 1 vemos el desglose por años de la incidencia y la proporción encontradas en nuestro medio.

En el cuadro N° 2 se aprecian algunas cifras obtenidas en otros medios, comparadas con las nuestras.

CUADRO N° 2

Autor	Proporción	Por ciento	Número de casos
Maternidad de Bucarest (4)	1: 300	—	77
Fernández y col. (3)	1: 351	0.284%	18
McNeile y McBurney (3)	1: 578	0.173%	30
Davis (3)	1: 860	0.116%	106
Moscow Maternity Clinic (4)	1: 956	—	124
Beacham y Beacham (2)	1:1328	0.076%	96
Brierton (3)	1:1961	0.051%	57
Septiem (3)	1:1691	0.059%	21
Sheldon (3)	1:1829	0.055%	26
Fitzgerald y col. (3)	1:2196	0.045%	42
Dugger (3)	1:3029	0.033%	105
Watteville (3)	1:3467	0.028%	15
NUESTRO ESTUDIO	1:1655	0.060%	24

EDAD

El promedio de edad fue de 32.9 años; la paciente menor fue de 17 años y la mayor de 44 años. El 62.5% de los casos se encontraban entre los 21 y los 40 años (Cuadro N° 3); casi similares cifras encuentran Parker y Jones.

CUADRO N° 3

Edad

	Número de casos	Por ciento
De 20 años o menos	4	16.6%
21 a 30	7	29.1%
31 a 40	9	37.5%
41 a 45	4	16.6%

PARIDAD

Se encuentra el 91% ocurriendo en multíparas y el 41% en mujeres con más de tres partos (10). Nosotros encontramos (Cuadro N° 4) 91.66% de multíparas, que dividimos en 54.16% de multíparas y 37.5% de grandes multíparas (siete o más partos), habiéndose encontrado como extremos dos primigestas y una paciente con 12 partos y 2 abortos.

CUADRO N° 4

Paridad

Primigestas	2	8.33%
Multíparas	13	54.16%
Gran multípara	9	37.5 %

ETIOLOGIA

Encontramos un estudio (8) en que se dan como causas más frecuentes de ruptura uterina las siguientes: 1) mal uso de ocitócicos; 2) versión interna y extracción; 3) labor prolongada; 4) ruptura espontánea; 5) previa cesárea; 6) desproporción feto-pélvica. Palacios y Chavanne señalan como causa más frecuente la versión interna. Bak y Hayden sostienen que la versión y extracción

causan el 45% de las rupturas. En cambio Erving encuentra que el 54% se deben a cesárea anterior, pero señala que todas las rupturas traumáticas son producidas por la versión interna. Otros autores (10) dan como causas más frecuentes: 1) cesárea anterior; 2) desproporción feto-pélvica; 3) versión interna y extracción; 4) forceps.

En el Cuadro N° 5 apuntamos las causas de la ruptura encontradas en nuestra revisión. La suma de cifras en este cuadro no corresponde a las 24 rupturas del total, pues en algunos casos se encontraron dos o más causas. Así por ejemplo, en el caso N° 367926 se practicó versión interna y forceps, siendo la paciente gran multípara. En el caso N° 444144, que tenía una cesárea anterior, se le hizo una versión interna.

CUADRO N° 5

Causas de la ruptura uterina

Cesárea anterior	8
Parto abandonado	8
Forceps	5
Presentación transversa	4
Ocitócicos mal usados	3
Versión interna	2
Presentación de cara	1
Hidrocéfalo	1
Desproporción feto-pélvica	1
Gran multípara	9

Estudiando el Cuadro N° 6 se verá fácilmente como en algunas pacientes hubo varias causas contribuyentes a la ruptura del útero. Es interesante notar que el 50% de los casos ingresaron al Hospital con ruptura uterina. No encontramos ningún caso debido a traumatismo externo; en la literatura únicamente se reportan cinco casos de esta naturaleza (6).

A continuación presentamos, resumidos, algunos casos que muestran lo que nunca debe hacer el buen obstetra si no quiere buscar complicaciones y comprometer la vida del feto y de la madre.

Caso N° 1.—349064 L. V. A. de 38 años. Partos 10 abortos 0. Inicia su parto en el Servicio. A las 24 horas de labor con 7 cm de dilatación, cabeza en III plano y corazón fetal de 140 por minuto, se diagnostica ruptura uterina en vista de la sintomatología. Se practica laparotomía y se extrae feto vivo de la cavidad abdominal que pesó 3850 gramos. Se sutura la lesión uterina; curso post-operatorio afebril, se le da salida a los 8 días.

Caso N° 2.—357547 A. R. C. de 41 años, gran múltipara (partos 12 abortos 2). Inicia su labor en el Servicio y llega a dilatación completa, momento en que se diagnostica feto hidrocefalo, shock y ruptura uterina. Se interviene, extrayéndose feto muerto hidrocefalo; se hace histerectomía subtotal. La paciente fallece durante el acto operatorio.

CUADRO N° 6

Causas contribuyentes a la ruptura

Casos	Edad	Paridad	Parto abandonado	Cesárea anterior	Versión	Forceps	Present. transversa	Mal uso de oclóticos	Traumáticas	Espontáneas
1	24	2P.0A.*	Si	—	—	—	—	—	—	Si
2	42	4P.0A.	Si	—	—	—	Si	—	—	Si
3	39	10P.1A.	—	—	—	—	—	Si	—	Si
4	38	10P.0A.	—	—	—	—	—	—	—	Si
5	41	12P.2A.	Si	—	—	—	—	—	—	Si
6	23	3P.0A.	Si	Si	—	—	Si	—	—	Si
7	23	3P.0A.	—	—	—	—	Si	—	—	Si
8	42	9P.6A.	—	—	Si	Si	—	—	Si	—
9	44	11P.3A.	Si	—	—	—	—	—	—	Si
10	40	1P.0A.	Si	—	—	—	—	—	—	Si
11	17	1P.0A.	—	Si	—	Si	—	—	Si	—
12	24	Mult.	—	Si	Si	—	Si	—	Si	—
13	18	0P.0A.	—	—	—	—	—	—	—	Si
14	38	8P.0A.	—	—	—	Si	—	—	Si	—
15	30	6P.0A.	—	—	—	Si	—	—	Si	—
16	36	9P.0A.	—	—	—	—	—	Si	Si	—
17	36	7P.0A.	—	—	—	—	—	Si	Si	—
18	38	1P.0A.	—	Si	—	—	—	—	—	Si
19	28	7P.0A.	—	Si	—	—	—	—	—	Si
20	20	2P.0A.	—	Si	—	—	—	—	—	Si
21	26	4P.0A.	Si	—	—	—	—	—	—	Si
22	33	4P.0A.	—	Si	—	—	—	—	—	Si
23	34	6P.0A.	—	Si	—	—	—	—	—	Si
24	20	0P.0A.	Si	—	—	Si	—	—	Si	—

* 2P.OA.=2 Partos. 0 Abortos.

NOTA:—El caso 5 presentaba un feto hidrocefalo; y el caso 21 una presentación facial abandonada.

Caso N° 3.—367926 G. C. H. de 42 años. Partos 9 abortos 6. Con cuello grueso y cabeza libre, se le induce el parto con Pitocín en solución endovenosa. Con dilatación completa y cabeza en III plano se aplican forceps, sin resultado. Se intenta versión interna y se diagnostica ruptura uterina. Se practica laparotomía y se obtiene un feto vivo que llora espontáneamente y que pesó 9 libras y medio. Se hace histerectomía. Muy buen curso post-operatorio y salida a los 10 días.

Caso N° 4.—417835 J. S. A. de 17 años con cesárea anterior (feto muerto). Se deja de oír el corazón fetal cuando hay dilatación casi completa y cabeza en III plano. Se extrae con forceps feto muerto; se revisa cavidad y se encuentra ruptura de la cicatriz de cesárea. Laparotomía con sutura del útero. Post-operatorio febril, salida a los 7 días.

Caso N° 5.—444144 G. F. F. de 24 años, multípara con cesárea anterior. Se le hace una versión interna sin extracción; luego de esta maniobra no se escucha el corazón fetal. A las seis horas de la versión, se extrae el feto muerto. Se revisa cavidad y se encuentra ruptura, estando la paciente en shock. Se practica histerectomía subtotal. Post-operatorio afebril, salida el noveno día.

Caso N° 6.—488446 E. A. P. de 30 años. Partos 6 (todos los hijos muertos: Rh negativo). Forceps en I plano, feto muerto, shock. Se hace histerectomía subtotal por ruptura uterina. Post-operatorio afebril, salida al sexto día.

Caso N° 7.—483571 J. F. R. de 28 años, con cesárea anterior. Partos 7. Tiene un parto espontáneo y al revisar cavidad se encuentra ruptura uterina en la cicatriz de la cesárea. Feto vivo. Se practicó histerectomía subtotal. Post-operatorio afebril, salida a los seis días. Un caso semejante a este fue reportado por Dillon en 1951.

MORTALIDAD FETAL Y MATERNA

Se ha señalado la mortalidad fetal entre un 33.3% y un 93% (7). Nosotros encontramos una mortalidad de 79.1% entre los fetos.

Las madres mueren en un porcentaje que se ha señalado muy variable: 8.4% (7); 47.9% (2); y 61% (7). Nosotros encontramos un 8.33% de mortalidad materna (Cuadro N° 7).

MORBILIDAD MATERNA

El cien por ciento de las madres presentan, lógicamente, alguna morbilidad, puesto que siempre ameritan intervención quirúrgica que, cuando es conservadora dejará un útero con una mala cicatriz. En nuestros casos se suturó la herida uterina en 5 oportunidades y se practicó una histerectomía subtotal en 19 casos (Cuadro N° 8).

CUADRO N° 7

Mortalidad materno-infantil

Año	Número de roturas	Madres muertas		Fetos muertos	
		No.	%	No.	%
1954	6	1	16.6	5	83.3
1955	2	—	0.0	1	50.0
1956	3	—	0.0	3	100.0
1957	1	—	0.0	1	100.0
1958	7	—	0.0	5	71.4
1959	5	1	20.0	4	80.0
TOTALES	24	2	8.33	19	79.1

CUADRO N° 8

Tipo de operación

Año	Número de roturas	Sutura de la ruptura	Histerectomía subtotal
1954	6	2	4
1955	2	—	2
1956	3	1	2
1957	1	—	1
1958	7	2	5
1959	5	—	5
TOTALES	24	5	19
		20.8%	79.1%

En un caso (480367) se abrió la vejiga accidentalmente durante la intervención; y en otro caso (487431) hubo lesión de vejiga al rotar una cabeza con forceps. No vimos ninguna ruptura de vejiga por cesárea anterior (11). El Cuadro N° 9 nos muestra las complicaciones encontradas en las madres.

CUADRO N° 9

Complicaciones maternas

Muerte	2	1 a las 10 horas post-op. 1 durante el acto quirúrgico
Fiebre	4	2 fiebre durante dos días 2 fiebre por tres o más días
Ileo paralítico	1	cedió a tratamiento médico
Fístulas ureterovaginales	1	reparada a los seis meses
Rotura de vejiga	2	reparadas durante la intervención no dejaron secuelas
Sin complicaciones	14	Afebriles, sin complicaciones anotadas.

COMENTARIO

Es interesante notar que de las 24 rupturas presentadas en este estudio, se pudieron evitar bastantes: unas, si hubiesen acudido al Hospital y otras, si hubiesen tenido atención adecuada una vez dentro de la institución hospitalaria.

Vemos cómo pacientes con cesárea anterior permanecen durante su labor de parto en sus casas, ingresando al hospital ya con el útero roto y el feto muerto; otras son atendidas por gentes sin los más elementales conocimientos, y se les aplican ocitócicos en la calle, con las funestas consecuencias ya analizadas.

Más grave aún, vemos mala obstetricia dentro de la institución y dentro del servicio especializado, cuando pacientes con cesárea anterior se someten a versión interna, operación de por sí traumática por excelencia; cuando a pacientes con feto hidrocefálico se les permite seguir en una labor de parto inútil; cuando, en fin, a grandes multíparas con cabeza libre y cuello grueso se les induce un parto a todas luces contraindicado.

Notemos, sí, lo bajo de nuestra mortalidad materna, así como lo poco frecuente de las complicaciones, si tomamos en cuenta las condiciones pésimas en que la mayoría de estas intervenciones se tienen que llevar a cabo (profusa hemorragia, shock, infección).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1) Se presentan y analizan 24 casos de ruptura uterina encontradas en 39.723 partos atendidos en el Servicio de Maternidad del Hospital San Juan de Dios.

2) Se encuentra una incidencia de 0.060 por ciento y una proporción de 1:1655 partos, cifras comparables a las halladas recientemente en otros países.

3) Se señalan las causas más frecuentes de ruptura uterina en nuestro medio; notamos que la mayoría de los autores señalan como causa más frecuente la *versión interna y extracción*. *Nosotros encontramos como más frecuentes la cesárea anterior y el parto abandonado.*

4) En muchos casos son varias las causas de la ruptura uterina.

5) Una mortalidad materna de 8.33 por ciento y una mortalidad fetal de 79.1 por ciento reflejan un muy buen manejo de los casos.

6) El tratamiento de elección ha sido (79.1 por ciento) la histerectomía subtotal; en el resto de los casos (20.8 por ciento) se suturó la ruptura uterina.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1) There were 24 uterine ruptures in 39.723 deliveries at the Maternity Service of the San Juan de Dios Hospital.

2) The incidence is 0.060 per cent and the proportion is one rupture in 1655 deliveries.

3) Most common causes of the uterine rupture: a) previous cesarean section; b) labor without proper care and management.

4) In many cases there is more than one reason to explain the rupture of the pregnant uterus.

5) A maternal mortality of 8.33 per cent and a fetal mortality of 79.1 per cent means proper management of these cases.

6) In 79.2 per cent of the cases the treatment consisted of subtotal hysterectomy; and in 20.8 per cent the uterus was sutured.

BIBLIOGRAFIA

1. BAK, THADDEUS F.; HAYDEN, GLEN E.
Rupture of the pregnant uterus. *Am. J. of Obst. & Gynec.*
70 (961-971); 1955.
2. BEACHAM, WOODARD D.; BEACHAM, DAN W.
Rupture of the uterus. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 61 (824-839); 1951.
3. CASTELAZO AYALA, LUIS
Ruptura uterina. Análisis de 42 casos. *Ginec. & Obst. de México.*
Vol. XI (357-374); 1956.
4. DAVIS, CARL H.; CARTER, BAYARD
Gynecology and Obstetrics. Vol. I. Capítulo 19; 1953.
5. DILLON, WALTER F.; SCHMITZ, HERBERT E.
Rupture of the uterus associated with spontaneous labor and delivery.
Am. J. of Obst. & Gynec. 62 (218); 1951.
6. ELLIS, MARY
Rupture of the pregnant uterus by external violence. *Am. J. of Obst. & Gynec.*
62 (471); 1951.
7. ERVING, HENRY W.
Rupture of the uterus. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 74 (251-255); 1957.
8. INGRAM, JAMES M.; ALTER, ROBERT L.; CARTER, BAYARD
Occult rupture of the uterus. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 64 (527-534); 1952.
9. PALACIOS COSTA, N.; CHAVANNE, F.
Incidence of rupture of the uterus. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 65 (690); 1953.
10. PARKER, JOSEPH C.; JONES, GEORGE R.
Rupture of the gravid uterus. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 62 (330-338). 1951.
11. PARSON, SUSANNE R.
Rupture of the uterine segment and bladder following cesarean section.
Am. J. of Obst. & Gynec. 64 (672-674); 1952.